

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 134

DE
L'ADÉNOPATHIE
APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH AUGUY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Moncan (Aveyron), le 13 Novembre 1871



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552407_0031

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 134

DE
L'ADÉNOPATHIE
APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH AUGUY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Moncan (Aveyron), le 13 Novembre 1871



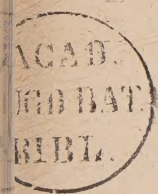
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.....	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPRIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	M. LAROYENNE.
---------------------------------------	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROI LET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. SIRAUD et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une véritable émotion que, parvenu au terme de nos études, nous songeons à la dette que nous avons contractée envers tous ceux qui ont guidé nos pas dans notre instruction médicale.

C'est à M. Tixier, chirurgien des Hôpitaux, que revient l'idée première de notre travail. Qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre bien vive et très sincère reconnaissance, pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

En voulant bien accepter la présidence de notre thèse, M. le Professeur Pollosson nous donne un témoignage de haute bienveillance auquel nous sommes très sensible. Nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous fait.

M. le Professeur agrégé Vallas, dans le service duquel nous avons eu l'avantage de passer un semestre d'externat, a eu l'amabilité de nous fournir deux observations inédites, et d'accepter d'être membre du jury; nous conserverons toujours le souvenir de sa

bienveillance à notre égard, des inestimables leçons et bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à M. le Professeur Gailleton, à MM. les Professeurs agrégés Vincent et Rochet qui ont été pour nous des maîtres pleins de bienveillance.

M. le Professeur agrégé Siraud nous donne une preuve de son amabilité en acceptant de faire partie de notre jury de thèse; nous l'en remercions sincèrement.

Que M. le docteur Hassler, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux, reçoive l'expression de notre gratitude pour les deux observations inédites qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous n'aurions garde d'oublier dans notre tribut de reconnaissance MM. les professeurs agrégés Lannois et Nové-Josserand; MM. les docteurs Chappet, Rabot et Tellier qui nous ont toujours accueilli avec bienveillance.

Enfin, M. le docteur Lavabre (de Millau) et MM. Viannay et Vial, internes des Hôpitaux, ont toujours fait preuve à notre égard d'une grande amabilité, nous en garderons le meilleur souvenir.

INTRODUCTION

Bien que la question de l'appendicite soit à peine vieille de quinze à vingt années, on pourrait, semble-t-il, lui appliquer la formule, devenue classique, de la Bruyère « Tout est dit et l'on vient trop tard ».

Depuis l'époque où les chirurgiens anglais et américains firent, à la conception de l'antique typhlite, succéder la notion de l'appendicite, on a longuement étudié son étiologie, sa pathogénie, ses symptômes et ses complications. Le traitement a fait l'objet de travaux et de discussions sans nombre. Il est, cependant, un point qui nous paraît être resté un peu dans l'ombre : c'est la lymphangite et l'adénite consécutives aux lésions appendiculaires. Alors que, dans l'inflammation de tous les autres organes, l'adénopathie avait été étudiée à l'envi par les cliniciens (dont les travaux reçurent plus tard une confirmation bactériologique éclatante), l'appendicite semblait faire exception à la règle commune et les auteurs qui avaient observé et décrit les adéno-phlegmons

pharyngiens et amygdaliens par exemple, alors même qu'ils comparaient l'appendice à l'amydale, n'avaient pas même signalé l'existence d'une adénite appendiculaire.

Cette idée d'adénite appendiculaire est de date plus récente. Nous avons pu, néanmoins, en réunir un certain nombre d'observations. Chemin faisant nous citerons et résumerons les différents travaux que cette question a provoqués.

Notre travail n'apprendra rien de nouveau aux chirurgiens. Nous voudrions seulement attirer leur attention sur la possibilité, la fréquence, les causes, les symptômes et enfin les complications de l'adénite dans les lésions de l'appendice.

Nous étudierons donc successivement :

1^o L'anatomie des lymphatiques et des ganglions de l'appendice.

2^o Les causes qui favorisent leurs inflammations au cours de l'appendicite.

3^o Les lésions de cette adénite.

4^o Les symptômes et les complications que, par elle-même, elle est susceptible de provoquer.

5^o Les conclusions thérapeutiques qui en découlent.

ANATOMIE

Avant d'aborder la question de l'adénite d'origine appendiculaire, nous croyons indispensable l'étude des lymphatiques de l'appendice.

Nous suivrons donc ces vaisseaux depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans les ganglions.

Nous étudierons ensuite ces ganglions avec leurs voies d'échappement.

A. — ORIGINE DES LYMPHATIQUES DE L'APPENDICE

Cette question intéresse plus l'histologiste que le chirurgien, et, nous n'y insisterions pas, si nous n'avions précisément pour but de montrer la propagation de l'inflammation depuis la muqueuse appendiculaire jusque dans les ganglions.

Les lymphatiques de l'appendice naissent soit des follicules clos disséminés sans ordre sur toute

muqueuse, soit du tissu réticulé, situé dans la sous-muqueuse, intermédiaire aux follicules clos.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la description qu'en a faite Lokwood, dans *The Journal of Anatomy and Physiology*, 1900.

« Dans les préparations à l'hématéine ou aux cou-
« leurs d'aniline, les follicules lymphatiques sont
« vraiment remarquables. Ce sont des corps ovoï-
« des, arrondis ou piriformes, mesurant un milli-
« mètre de diamètre, et distinctement visibles à l'œil
« nu. Quelques follicules sont situés en dehors de la
« *muscularis mucosæ*, par conséquent dans la cou-
« che sous-muqueuse ; mais le plus grand nombre
« pénètre dans la *muscularis mucosæ*, et, dépla-
« çant les glandes tubulaires, vient faire saillie
« du côté de la lumière du canal où il est recou-
« vert par l'épithélium cylindrique. Le nombre
« exact des follicules clos contenus dans l'appendice
« peut dépendre de plusieurs facteurs, spéciale-
« ment de sa longueur et de son calibre. Un appen-
« dice de la longueur moyenne de 7 cent. contient
« environ 150 à 200 follicules clos.

« Chacun de ces follicules est formé de deux
« parties : une partie centrale, plus claire que le
« reste du follicule, et paraissant moins dense parce
« que les réseaux lymphatiques y sont plus larges et
« une partie corticale, plus dense et plus opaque à
« cause de l'étroitesse de ses réseaux.

« Autour de ces follicules il existe un large sinus
« lymphatique. Ce sinus entoure la moitié environ
« de la base du follicule. Je l'appellerai, à l'avenir,

« « sinus lymphatique du follicule », ou « sinus lymphatique basilaire ». Dans quelques cas d'appendicite, ce sinus peut s'étendre plus loin et entourer complètement le follicule. D'autres fois, il s'oblitére, soit par compression, soit par accumulation à son intérieur de corpuscules inflammatoires.

« Ces sinus lymphatiques des follicules clos se jettent ensuite dans les lymphatiques de la sous-muqueuse. »

Arrivés dans la sous-muqueuse, les vaisseaux blancs reçoivent leurs congénères émanés des culs-de-sac des glandes et pénètrent la tunique musculieuse à travers les lacunes, ou *hiatus musculaires*, pour venir, sous forme de gros boudins dilatés par places, flexueux, anastomosés les uns avec les autres, former, au-dessous du péritoine, un véritable réseau, qui s'étend depuis l'origine de l'appendice jusqu'à sa terminaison.

« Grâce à ces *hiatus musculaires*, ajoute Lokwood, le tissu sous-péritonéal et le tissu sous-muqueux se continuent l'un avec l'autre. Ce fait a une grande importance, car c'est là le chemin par où les inflammations nées de la muqueuse gagnent le péritoine. C'est également la voie suivie par les bactéries, qui, après avoir ulcéré la muqueuse, gagnent la sous-muqueuse et le péritoine, provoquant parfois des péritonites septiques à formes variées et dangereuses. »

Ces données anatomiques sur les origines des lymphatiques de l'appendice semblent admises

actuellement, à quelques différences de détail près, par tous les anatomistes.

B. — TRAJET DES LYMPHATIQUES.

Il n'en est pas de même pour le trajet de ces vaisseaux depuis leur sortie de l'appendice jusqu'à leur abouchement dans les ganglions.

Avant 1880, époque où la chirurgie força les anatomistes à étudier en détail la région iléo-appendiculaire, les vaisseaux lymphatiques de l'appendice étaient absolument inconnus.

Clado, en 1892 (*Mémoires et comptes-rendus de la Société de Biologie*) signale simplement, sans les décrire, trois ou quatre fentes ou vaisseaux complets qui, partant du réseau sous-séreux, se portent vers un ganglion qu'il décrit plus longuement et que nous étudierons plus loin sous le nom de « ganglion appendiculaire » ou « ganglion de Clado ».

De ces vaisseaux lymphatiques il a vu, dans un grand nombre de cas, partir une communication évidente avec les vaisseaux utéro-ovariens, par l'intermédiaire du « ligament appendiculo-ovarien » qu'il venait de décrire.

L'année suivante, Lafforgue : « Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du cœcum » (*Journal d'Anatomie et de Physiologie*, 1893), reprenant les travaux de Clado, décrivait, comme lui, de nombreux lymphatiques dans les ligaments appendiculaires et surtout dans le méso. « Chaque paquet

vasculaire, dit-il (artère et veine) est accompagné d'un ou de deux lymphatiques qui s'étendent depuis la base de l'appendice jusqu'à son sommet, en suivant le trajet du méso-appendice. Au niveau de la base de ce méso, ces lymphatiques reçoivent quelques vaisseaux venus du cœcum ».

Quant aux communications appendiculo-ovariennes, décrites par Clado, Lafforgue ne les trouva que 17 fois sur 30.

Piard (*Archives générales de Médecine*, 1896 97), se basant, il est vrai, plus sur des considérations pathologiques que sur des dissections, admet que les lymphatiques issus de l'appendice remontent, par l'intermédiaire du méso, jusque derrière le cœcum, au niveau où le mésentère forme le repli mésentérico-cœcal.

Barnsby (*Thèse de Paris*, 1897-1898), tout en acceptant dans son ensemble la description de Clado devenue classique, nie toute anastomose entre l'appendice et l'ovaire.

Ferry (*Thèse de Paris*, 1900-1901) partage l'opinion de Barnsby.

MM. Tixier et Viannay (*Lyon Médical*, mars 1901), reprenant l'étude des lymphatiques de l'appendice, décrivent, à l'exemple des auteurs précédents, quelques troncs lymphatiques qui, côte-à-côte avec les artères et les veines, rampent dans les chemins vasculaires du méso-appendice jusque vers les ganglions dans lesquels ils se terminent.

Tel est, en quelques lignes, le résumé des travaux actuels sur les vaisseaux de l'appendice).

Toldt (*Britsch Medical Journal*, 1895); Tuffier (*Archives générales de Médecine*, 1887); Brasck-Ueber Intrabdominal Hernien, (1891); Jonnesco et Juvara (*Progrès Médical*, 1895) ont passé sous silence les vaisseaux blancs de l'appendice, ou n'ont fait que répéter les conclusions des auteurs que nous avons cités.

C. — GANGLIONS APPENDICULAIRES.

La première mention des ganglions, où se rendraient les lymphatiques de l'appendice, est due à Clado.

Clado (*Loco citato*, p. 137) écrit : « Au niveau de la base du méso-appendice, dans l'angle qui sépare l'appendice iléo-cœcal et le cœcum de l'intestin grêle, il existe un petit ganglion que j'appellerai « ganglion appendiculaire ». Il est situé entre les deux lames du repli appendiculaire (futur méso-appendice), et peut prendre des proportions considérables, ainsi que j'ai pu l'observer dans plusieurs cas. Ce ganglion est constant, mais, cependant, il se déplace quelquefois jusqu'à empiéter sur la portion terminale du mésentère, et peut être alors considéré comme le dernier des ganglions mésentériques ». « Il reçoit des lymphatiques en grand nombre et se trouve indépendant des glandes mésentériques. »

Lafforgue (1893) décrit un plus grand nombre de ganglions dans le tissu cellulaire du méso-appendice. « Il existe, dit ce dernier auteur, des ganglions en

nombre variable, mêlés aux fibres musculaires lisses et au tissu cellulo-graisseux abondant du méso ». Dans 18.5 % des cas il n'existe qu'un seul ganglion..., deux ganglions dans les 3.5 % des cas..., trois dans les 2 % des cas..., quatre dans les 3 % des cas... Dans les 3/4 des cas, il n'existerait aucun ganglion. Les vaisseaux blancs de l'appendice iraient directement se jeter dans les glandes mésentériques. »

Piard (Des suppurations éloignées dans l'appendicite. *Archives générales de Médecine*, 1896) cite, sans paraître y attacher une importance bien considérable, des ganglions, en nombre variable, formant un petit groupe à la face postérieure du cœcum, mais il ne parle pas des ganglions du méso-appendice.

MM. Tixier et Viannay (1901) ont fait une étude très approfondie de ces ganglions et c'est à leur travail le seul complet sur la question que nous emprunterons la description des ganglions appendiculaires.

Leurs résultats sont basés sur :

a). L'examen minutieux de 50 appendices normaux de fœtus et d'adulte.

b). Leur injection au mercure et à la solution de bleu de Prusse soluble de Ranvier.

c). L'examen d'un certain nombre de pièces pathologiques recueillies au hasard des autopsies : appendicite aiguë ou chronique, tuberculose appendiculo-cœcale, toutes affections qui retentissent sur les ganglions et les rendent plus apparents.

Les ganglions sont de nombre et de situation généralement assez variables. Néanmoins, il semble

que toutes les dispositions individuelles peuvent se ramener à un certain nombre de groupements ganglionnaires typiques.

1^o *Nombre des ganglions.* — MM. Tixier et Viannay ont trouvé :

Un seul ganglion dans les 20 % des cas.			
Deux ganglions	—	10 %	—
Trois	—	8 %	—
Quatre	—	4 %	—
Cinq	—	2 %	—
Six	—	2 %	—
Sept	—	2 %	—
Huit	—	2 %	—

Enfin, dans les 46 % des cas, il n'existait pas de ganglions dans le méso-appendice.

2^o *Situation.* — La situation de ces ganglions est tout aussi variable.

On peut trouver des ganglions dans toute l'étendue du méso-appendice, mais ils se groupent plus volontiers au niveau de la base. Le point où on trouve, le plus souvent, les ganglions appendiculaires siège au niveau de la base du méso-appendice, sous la fin de l'iléon, plutôt loin que près du cœcum, à l'endroit où le méso-appendice se continue avec la fin du mésentère. C'est, en somme, mais non absolument, la situation assignée, par Clado, à son « ganglion appendiculaire ».

Sur les 50 cas examinés, cette disposition a été

notée 18 fois (36 % des cas). Mais, il n'y a pas toujours un ganglion unique. La description de Clado, c'est-à-dire un seul ganglion, s'est trouvée vérifiée onze fois seulement (22 % des cas) ; cinq fois (10 %), il y avait deux ganglions au lieu d'un seul, le plus souvent situés côte à côte, ordinairement un gros et un petit. Enfin, dans deux cas, il existait, en ce point, un groupe ganglionnaire formé, une fois de quatre, l'autre fois de six ganglions accolés. et séparés par un notable intervalle des ganglions mésentériques.

Six fois (12 % des cas) il existait, suivant la description de Lafforgue, des ganglions disséminés dans le méso-appendice. Trois fois il y en avait un seul situé à la partie moyenne du méso-appendice, loin de sa base. Deux fois il y en avait quatre. Une fois, enfin, il y en avait huit.

Le siège de ces ganglions n'avait rien de fixe. En général, ils étaient situés au contact de l'appendice, le long de son hile. Une fois seulement il en existait un tout près du bord libre de l'appendice, au contact de l'artère appendiculaire.

Dans sept cas (14 %), MM. Tixier et Viannay ont rencontré un groupement ganglionnaire spécial, non décrit jusqu'ici, et qui paraît pourtant avoir une certaine importance. Ce groupe, que MM. Tixier et Viannay appellent « groupe cœco-appendiculaire » est situé dans le méso-appendice, contre le cœcum et l'appendice, dans l'angle aigu ou obtus, suivant les cas, que forme l'appendice avec le bord interne du cœcum. Les ganglions de ce groupe se continuent

avec la chaîne des ganglions de la face postéro-interne du cœcum et, par leur intermédiaire, avec les ganglions méso-coliques.

Leur nombre est variable :

Deux fois, il n'existait qu'un seul ganglion.

Une fois,	—	deux	—
-----------	---	------	---

Une fois,	—	trois	—
-----------	---	-------	---

Une fois,	—	quatre	—
-----------	---	--------	---

Une fois,	—	cinq	—
-----------	---	------	---

Enfin, dans un cas unique, il existait un ganglion dans l'épaisseur du ligament appendiculo-ovarien de Clado, au point où le repli péritonéal se sépare du méso-appendice. Ce ganglion est vraisemblablement un relai placé sur le trajet des lymphatiques de l'appendice qui, par le ligament appendiculo-ovarien ou iléo-ovarien de Durand (*Progrès Médical*, 1895), entrent en communication avec les lymphatiques de l'utérus et de l'ovaire.

En résumé, l'appareil ganglionnaire est compris tout entier dans l'épaisseur du méso-appendice. Or, ce méso, malgré les assertions de Jonnesco et Juvana, a une forme plutôt triangulaire que quadrangulaire.

Ses trois angles se trouvent : l'un au voisinage de la pointe de l'appendice ; le second dans l'angle rentrant formé par le bord interne du cœcum et l'appendice ; le troisième, enfin, sous l'iléon ou plutôt derrière lui, au point où le méso-appendice se continue avec la fin du mésentère.

Les ganglions de l'appendice se trouvent surtout au niveau de ces deux derniers angles. Ils y forment trois groupes distincts :

1^o Groupe *iléo-appendiculaire*, dont le siège correspond à peu près au ganglion de Clado ;

2^o Groupe *coeco-appendiculaire* de MM. Tixier et Viannay, situé dans l'angle supéro-externe du méso.

3^o Enfin, le groupe *méso-appendiculaire* disséminé dans l'épaisseur du méso.

Les ganglions y sont moins nombreux que dans les deux autres.

Telle est la disposition que présentent les ganglions de l'appendice, lorsqu'ils existent :

Ces trois groupes ganglionnaires ne coexistent que très rarement ; le plus souvent, il n'en existe que deux, parfois un seul. Enfin, dans les 46 % des cas, il n'existe pas de ganglion.

D. — VAISSEAUX EFFÉRENTS ET VOIES D'ÉCHAPPEMENT DES GANGLIONS APPENDICULAIRES.

Nous venons de voir que les lymphatiques appendiculaires se dirigeaient et se terminaient (dans les 54 % des cas) dans trois groupes ganglionnaires :

Groupe iléo-appendiculaire.

— coeco-appendiculaire.

— méso-appendiculaire.

Mais ces ganglions ne servent que de transition entre les lymphatiques appendiculaires et d'autres

ganglions situés plus haut. En d'autres termes, il existe des voies de communication du système lymphatique appendiculaire avec les systèmes voisins.

1° En dehors même des ganglions, quand ceux-ci existent, les lymphatiques appendiculaires communiquent avec les lymphatiques cœcaux par des anastomoses qui ont été déjà décrites par Lafforgue.

MM. Tixier et Viannay ont mis en évidence, dans un cas (*Lyon Médical*), un gros vaisseau cœcal sous-séreux, qui descendait sur la racine de l'appendice et s'engageait ensuite dans le méso. Ces mêmes auteurs nous ont dit avoir retrouvé, depuis la publication de leur mémoire, ces anastomoses entre les réseaux lymphatiques du cœcum et ceux de l'appendice. Ces anastomoses leur paraissent être *nombreuses et fréquentes*, sinon constantes.

Quand il existe des ganglions, les faits sont plus complexes, mais ils ne sont pas changés dans leur essence. La circulation lymphatique de l'appendice est toujours en communication avec la circulation des organes voisins.

Clado, le premier, avait signalé des anastomoses unissant le ganglion qui porte son nom aux ganglions mésentériques.

En 1896, Piard signala des lymphatiques nombreux mais inconstants, se dirigeant vers la face postérieure du cœcum... Il y avait, à ce niveau, dit ce même auteur, un petit groupe ganglionnaire recevant les lymphatiques appendiculaires. Mais ces anastomoses par la voie du méso-cœcum n'auraient rien de constant et constitueraient simplement des

possibilités anatomiques fréquemment réalisées.

En 1900 Lockwood (Note upon the lymphatics of the vermiform appendix, *Journal of anatomy and physiology*) ayant trouvé une chaîne de ganglions enflammés le long du bord interne du colon, derrière le méso-colon ascendant, arrive à cette conclusion que c'est là la principale voie suivie par les lymphatiques de l'appendice. Mais il admet, cependant, d'autres voies. D'après ce même auteur, certains lymphatiques se jetteraient dans les ganglions mésentériques, d'autres gagneraient les ganglions de la fosse iliaque échelonnés le long de l'artère iliaque externe; enfin, certains suivraient le ligament appendiculo-ovarien, pour se rendre dans le ligament large du côté droit, et dans les ganglions de la paroi latérale droite du bassin avoisinant l'artère iliaque interne.

Plus récemment, MM. Tixier et Viannay ont enfin précisé les relations respectives de chacun des groupes ganglionnaires péri-appendiculaires et ont montré qu'il existait, pour chacun d'eux, une voie d'échappement spéciale.

Les ganglions du groupe iléo-appendiculaire, qui reçoivent les lymphatiques du versant iléo-mésentérique de l'appendice, vont se déverser dans les ganglions mésentériques.

Ceux du groupe cœco-appendiculaire, qui reçoivent les lymphatiques du versant cœcal, donnent naissance à des vaisseaux efférents qui se terminent dans les ganglions du méso-cœcum ou du méso-colon ascendant.

Quant aux ganglions du groupe méso-appendiculaire, nous avons déjà vu que, lorsqu'ils existent, ils vont se déverser soit dans les ganglions mésentériques, soit dans ceux du méso-cœcum.

« Ainsi, l'appendice vermiculaire, organe à double
« insertion, cœcale par sa racine propre, iléale
« par son méso, partage sa circulation lymphatique
« en deux grands courants qui se dirigent, l'un vers
« le cœcum et les ganglions méso-coliques, l'autre
« vers l'iléon et les ganglions mésentériques »
(Tixier et Viannay).

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

I. — De l'étude anatomique des lymphatiques et des ganglions de l'appendice, nous retiendrons surtout la part importante que prend le tissu lymphoïde dans la constitution de cet organe et ses nombreuses connexions avec les réseaux lymphatiques des organes voisins.

L'appendice que l'embryologie nous montre comme une portion différenciée au cours du processus évolutif de l'intestin primitif, possède, comme lui, une vascularisation lymphatique abondante et, à ce titre, ses lésions peuvent, comme celles de l'intestin, donner lieu à une réaction ganglionnaire.

a). Est-ce à dire que l'adénite appendiculaire soit fréquente ? Nous ne le croyons pas ; mais, nous ne saurions apporter ici une statistique aussi approximative soit-elle, car cette adénite est de connaissance trop récente, pour qu'elle ait été recherchée systématiquement et signalée dans toutes les rela-

tions d'appendicite où le chirurgien aurait pu la rencontrer. Sur plus de 200 observations d'appendicites opérées que nous avons parcourues, nous avons pu constater que l'adénopathie n'était signalée que dans quelques cas très rares.

En interrogeant nos maîtres de l'hôpital, nous sommes arrivé à des résultats assez concordants. La plupart des chirurgiens nous ont déclaré n'avoir jamais rencontré de ganglion enflammé au voisinage de l'appendice. M. le professeur agrégé Vallas (qui recherche systématiquement l'adénopathie toutes les fois qu'il pratique une appendicectomie, à froid en a observé deux cas dans l'espace de trois années, sur une trentaine environ d'appendices enlevés (Obs. II et III). M. Tixier, chirurgien des hôpitaux, en a observé un cas très intéressant qui a été le point de départ de son travail remarquable, avec M. Viannay, sur les « lymphatiques de l'appendice » (Obs. I). Enfin, M. le professeur agrégé Siraud nous a déclaré avoir présent à l'esprit deux cas de ce genre, observés dans des interventions à froid.

Nous croyons donc que, si tous les chirurgiens, à l'exemple de MM. Vallas et Tixier, recherchaient systématiquement l'adénite dans les inflammations de l'appendice, le nombre des observations ne tarderait pas à se multiplier. Mais, cependant, nous n'en restons pas moins persuadé que l'adénopathie appendiculaire est relativement peu fréquente.

Pour expliquer cette rareté de l'adénite dans les lésions d'un organe aussi essentiellement adénoïde que l'appendice, nous sommes encore, à l'heure

actuelle, pour ainsi dire, réduits à ne formuler que des hypothèses.

Nous croyons qu'il faut en rechercher l'explication surtout dans la marche, le plus souvent rapide, des affections de cet organe. Nous savons, en effet, que les inflammations suraiguës de la chirurgie générale ont peu de tendance à déterminer des réactions ganglionnaires. « Elles brûlent les étapes », suivant l'expression devenue classique, « sans s'arrêter aux relais ganglionnaires ».

Il semble bien en être de même pour l'appendice, puisque, à en juger par les observations que nous avons pu recueillir, ce n'est guère que dans des cas subaigus, à marche traînante, souvent accompagnés de poussées de récurrence que la présence de ganglions enflammés autour de cet organe a été signalée par les différents auteurs.

Nous ne croyons pas que, pour expliquer cette rareté de l'adénite appendiculaire, on puisse invoquer une différence de microbes, car, dans les cas examinés au point de vue bactériologique, on a rencontré les micro-organismes les plus divers (streptocoque, staphylocoque, bacille d'Eberth, coli bacille, bacille de Koch), mais aucun d'eux n'a paru constant.

Peut-être faudrait-il attacher une plus grande importance aux toxines microbiennes? Les unes, nécrosantes, produiraient rapidement la perforation de l'appendice et du péritoine sans donner aux ganglions le temps de réagir; les autres, moins virulentes, auraient des propriétés inflammatoires

plus marquées et provoqueraient une réaction plus vive de la part des lymphatiques et surtout des ganglions. Mais ce n'est là qu'une simple hypothèse, toute théorique, basée sur ce que nous savons, à l'heure actuelle, sur les propriétés des toxines en général.

Enfin, une raison de la rareté de l'adénite appendiculaire (raison moins hypothétique que toutes celles que nous venons de donner parce qu'elle est d'ordre anatomique) nous paraît être l'inconstance des ganglions lymphatiques de l'appendice. En effet, MM. Tixier et Viannay n'ont rencontré de ganglions que dans les 54 % des cas, c'est-à-dire chez un peu plus de la moitié des sujets seulement.

b). Nous n'insisterons pas beaucoup sur l'influence du sexe et de l'âge dans l'adénite appendiculaire. Nous rappellerons seulement que cette adénite (de même que l'appendicite) est surtout fréquente chez les enfants et les adolescents. Parmi les quatorze observations que nous rapportons, neuf appartiennent à des sujets de 10 à 20 ans ; trois à des sujets de 20 à 25 ans ; enfin deux à des sujets de 39 ans.

c). En étudiant la question de la fréquence relative de l'adénite dans les lésions appendiculaires, nous avons eu déjà l'occasion de signaler les appendicites subaiguës comme la provoquant le plus sûrement. Nous n'avons vu signalé, en effet, aucun cas d'adénopathie dans les appendicites aiguës avec accidents péritonéaux graves, de même que dans les appendicites gangréneuses à évolution rapide. Il

semble donc que l'adénite appendiculaire soit surtout le partage des lésions subaiguës ou chroniques de l'appendice.

d). Quant aux micro-organismes qui peuvent entrer en cause dans les lésions appendiculaires accompagnées d'adénopathie, ils sont des plus variables. Fréquemment, on a rencontré le streptocoque, le staphylocoque et le coli bacille. Certains auteurs, persuadés que beaucoup d'appendicites, en apparence simples, sont en réalité des lésions tuberculeuses, font jouer un rôle prépondérant au bacille de Koch.

Enfin, plus récemment, Ferry (Thèse de Paris, 1901) signala l'actinomyose appendiculaire comme pouvant retentir sur l'appareil ganglionnaire.

M. Viannay nous rappelait, à ce sujet, que, dans le seul cas d'actinomyose appendiculo-cœcale observé en France (V. Gangolphe et Duplant, *Revue de Chirurgie*, 1897) dont il pratiqua l'autopsie, étant interne dans le service de M. Gangolphe, on ne trouva pas de lésion ganglionnaire (1). Nous savons, d'ailleurs, que l'actinomyose, quel que soit le siège de la lésion, retentit rarement sur les ganglions.

II. — L'infection des ganglions de l'appendice est produite par un mécanisme qui lui est commun avec les adénopathies des voies digestives.

Que se passe-t-il, en effet, dans les affections du

(1) VOIR VIANNAY : *Province Médicale*, 1897, p. 261, et PONCET et BÉRARD : *Traité de l'actinomyose humaine*, p. 283 et 284.

tractus gastro-intestinal? Les agents pathogènes venus, le plus souvent, par voie alimentaire, attaquent la muqueuse, la détruisent par places, prolifèrent dans la sous-muqueuse et s'introduisent dans les follicules clos ou les plaques de Peyer, en donnant soit les noyaux de la psorentérie, soit les ulcérations de la dysenterie, de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose intestinale. A leur tour, les lésions de la muqueuse produisent, dans les ganglions, des réactions pathologiques qui sont comme la signature anatomique de l'affection : telle l'adénopathie de l'entérite subaiguë ou chronique des enfants, avec ses ganglions blancs, mous, volumineux et placés entre les lames du mésentère ; telle l'adénopathie de la dothiésentérie avec ses ganglions parfois énormes, vascularisés, qui, le plus souvent, font corps avec le mésentère ; telle, enfin, l'adénite de la tuberculose intestinale avec ses traînées lymphangitiques qui sillonnent le péritoine pour aller se terminer dans des ganglions plus ou moins caséifiés et contenant du bacille de Koch en abondance.

L'appendice ne devait pas faire exception à la règle, et nous savons aujourd'hui que ses lésions, aussi bien que celles du jéjuno-iléon et du gros intestin sont susceptibles de se traduire par de l'adénite.

Soit que les microbes viennent par la voie digestive la seule admise autrefois avec les théories du « vase clos » (Talamon et Dieulafoy) et de la stagnation appendiculaire, soit qu'ils arrivent par la circulation générale, comme le soutiennent MM. Tripier et

Paviot qui, avec la plupart des classiques actuels, font de l'appendicite une infection générale à détermination appendiculaire, l'infection de l'appendice se produit toujours de la même manière. Les agents pathogènes, pourvu, toutefois, qu'ils ne brûlent pas les étapes en donnant une péritonite par perforation ou par propagation rapidement mortelle, pénètrent dans les tuniques de l'appendice où ils ont pu être suivis par Quénu, Pilliet, Coste, Josué, Klecki, etc. A ce niveau, ils siègent surtout dans les gaines des vaisseaux, dans les follicules lymphatiques et dans le tissu adénoïde qui en est, pour ainsi dire, complètement farci. Bientôt ils gagnent les vaisseaux blancs qui les reçoivent et les transportent jusqu'aux ganglions où, pour un temps, leur marche envahissante est arrêtée.

Sous l'influence de ces microbes, les ganglions s'enflamment à leur tour et deviennent un lieu de combat où les leucocytes sont en lutte avec les agents microbiens. Si les globules blancs triomphent, l'infection est terminée, mais si les agents pathogènes sont victorieux, ils arrivent à franchir la barrière ganglionnaire et vont produire, soit des suppurations dans les tissus voisins (adénophlegmons), soit de l'inflammation dans des organes plus ou moins éloignés, des adénites à distance qui peuvent aboutir elles-mêmes à la suppuration.

Nous voyons donc que l'appendice, au point de vue pathologique comme au point de vue anatomique, peut être assimilé aux autres parties de l'intestin. Pour les mêmes raisons, nous pouvons,

semble-t-il, l'assimiler à d'autres formations lymphoïdes, à l'amygdale par exemple. Comme elle l'appendice peut s'enflammer au cours d'une affection générale et son inflammation est également susceptible de donner des poussées ganglionnaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude que nous avons faite de l'anatomie normale des ganglions appendiculaires va nous permettre de passer rapidement sur l'étude des lésions qui accompagnent leur inflammation.

Laissant presque complètement de côté l'histologie des infections et suppurations ganglionnaires, nous décrirons surtout les lésions macroscopiques de l'appendicite compliquée d'adénopathie.

A. — LÉSIONS DE L'APPENDICE

Elles sont très variable. Ordinairement, on ne trouve pas, à l'intervention, les grandes lésions de l'appendicite aiguë (dégénérescence des tuniques appendiculaires, hyperhémie exagérée, nécrose d'un point précis avec perforation). Habituellement, les lésions de l'appendice rappellent celles

de l'appendicite chronique ou, tout au moins, de l'appendicite subaiguë.

A l'ouverture de l'abdomen, on peut rencontrer un appendice absolument libre, dans la fosse iliaque droite, sans adhérence aucune avec les organes voisins. Dans d'autres cas, il est accolé, soit contre la face postérieure du cœcum, soit contre l'extrémité inférieure de l'iléon, et est fixé à ces organes par de la péritonite plastique à fausses membranes, tantôt élastiques, tantôt solides et comme fibreuses, tantôt, au contraire, molles, jaunâtres ou rougeâtres, assez fortement vascularisées et se laissant facilement déchirer sous le doigt.

A l'examen macroscopique, l'appendice semble parfois indemne de toute lésion, il est normal comme forme, volume, dimensions et aspect (point de vascularisation, point de brides, point de rétrécissement ni de dilatation) et un examen histologique très attentif est nécessaire pour mettre en évidence une altération, parfois légère, des parois de cet organe (Obs. VIII). Dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents les lésions sont plus marquées et, au simple examen macroscopique, on reconnaît facilement dans l'appendice le *primum movens* de l'inflammation. L'appendice, dans ces cas, est vascularisé, volumineux, allongé, turgide et, parfois, étranglé par des brides.

A l'ouverture de la cavité appendiculaire on trouve parfois une certaine quantité de pus (Obs. V); mais les lésions que l'on note le plus souvent sont un épaississement plus ou moins marqué des tuniques appendi-

culaires et, du côté de la muqueuse, diverses altérations. Assez fréquemment on constate que la cavité est rétrécie par de petites brides annulaires ou spirôides, de coloration blanchâtre, de consistance fibreuse, restes d'une inflammation antérieure de la muqueuse appendiculaire. Entre ces brides, quand elles existent, on peut rencontrer des lésions plus récentes provoquées par la nouvelle crise appendiculaire. Dans les cas bénins, c'est une simple pigmentation hyperhémique de la muqueuse ; dans d'autres cas, c'est une infiltration abondante du tissu adénoïde et des plaques de Peyer, qui font une saillie plus ou moins manifeste dans la lumière du canal appendiculaire ; enfin, dans les cas graves, les lésions folliculaires sont en pleine évolution nécrotique et la muqueuse est, par places, le siège d'ulcérations plus ou moins profondes pouvant intéresser une partie des tuniques de l'appendice.

B. — LÉSIONS LYMPHANGITIQUES

Elles doivent être peu marquées, car elles ne sont signalées dans aucune de nos observations. Il est probable, cependant, d'après les données de la pathogénie générale, que l'inflammation des ganglions ne fait que suivre l'inflammation des lymphatiques afférents.

C. — LÉSIONS GANGLIONNAIRES

Elles sont les plus importantes des lésions que nous avons à étudier dans ce chapitre, mais elles sont des plus variables quant au nombre, siège, volume, consistance, etc.

En effet, le *nombre* des ganglions atteints n'a rien de constant ; tantôt il n'existe qu'un seul ganglion, comme dans les observations VIII, XI et XII ; tantôt ils sont multiples, ce sont les cas les plus fréquents :

Trois dans une observation de M. Hassler.

Quatre et cinq dans les observations de M. Vallas.

Huit dans l'observation de M. Tixier

Une quinzaine dans une autre observation de M. Hassler.

Il paraît en être de même de leur *siège*. Nous avons vu plus haut quel était le siège normal des ganglions et, suivant leur situation, nous les avons divisés, avec MM. Tixier et Viannay, en ganglions méso-appendiculaires, coëco-appendiculaires, et iléo-appendiculaires. Il semble donc que c'est au niveau de ces groupes qu'on devrait rencontrer les ganglions enflammés. Mais, à part MM. Vallas et Tixier (Obs. I, II, III), aucun chirurgien ne semble avoir cherché à localiser dans un de ces groupes les ganglions qu'ils ont rencontrés au cours de leurs interventions. Nous croyons, d'ailleurs, que cette division, excellente au point de vue anatomique, ne saurait être retrouvée dans

tous les cas d'adénite appendiculaire où, assez fréquemment, les ganglions adhèrent les uns aux autres, et constituent parfois une masse unique, où toute systématisation anatomique serait impossible.

Le *volume* des ganglions n'est pas moins variable. De ces ganglions les uns atteignent des dimensions considérables, comme dans l'observation de Rendu (Obs. X) où plusieurs avaient atteint les dimensions d'un œuf. D'autres ont à peine le volume d'un petit pois si bien qu'ils disparaissent dans l'épaisseur du méso, et peuvent passer inaperçus, si on n'a soin de le sectionner pour les apercevoir. Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles.

Leur *consistance* varie également, suivant les cas. Dans les cas les plus fréquents, ces ganglions sont durs, fermes, et résistants (Obs. II, III, etc.).

Mais il arrive, parfois, que ces ganglions s'abcèdent et, dans ces conditions, leur consistance est plus faible; ils peuvent, même, donner la sensation de fluctuation.

Enfin, l'*aspect* de ces ganglions varie, suivant qu'il s'agit d'une adénite inflammatoire simple ou d'une adénite suppurée.

Dans les cas d'adénite simple, on se trouve en présence d'un ou plusieurs ganglions rouges, fermes et, le plus souvent, mobiles.

A la coupe, ces ganglions ont un aspect splénique et présentent de petits foyers hémorrhagiques sur la tranche de section.

Si on en fait l'examen microscopique, on

constate que les tissus lymphatiques sont gorgés de cellules lymphatiques et de détritits leucocytiques. Les travées conjonctives sont épaissies et granuleuses; les capillaires sanguins sont augmentés de volume et ont laissé extravaser des globules qui sont, par petits amas, entre les cellules lymphatiques.

Mais l'adénite peut suppurer; il se forme alors, à l'intérieur du ganglion, de petits foyers purulents qui vont bientôt se fusionner les uns avec les autres et réduire, parfois, ce dernier à une coque fibreuse pleine de pus, plus ou moins cloisonnée par du tissu conjonctif.

Quant aux *organes voisins*, tantôt ils sont presque indemnes de toute lésion inflammatoire, comme dans les deux observations de M. Vallas (Obs. II et III), les ganglions constituant, dans ces cas, une véritable barrière contre laquelle s'arrête l'infection; tantôt ils participent à l'inflammation. Il se produit, alors de la péri-adénite avec formation d'adhérences plus ou moins solides, rattachant les ganglions aux organes voisins, sans donner lieu, toutefois, à un grand retentissement péritonéal.

En somme, il semble que, dans les cas qui nous occupent, l'infection retentit surtout sur les ganglions, sans intéresser beaucoup le péritoine et les organes voisins.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les observations que nous avons pu recueillir, nous pouvons déjà affirmer que l'adénopathie ne modifie pas, du moins dans ses grandes lignes, le tableau clinique de l'appendicite.

Cependant il nous semble que certains signes se rencontrent assez fréquemment pour nous autoriser à croire que, tout au moins, dans certains cas, on pourrait soupçonner, sinon affirmer, chez un individu ayant eu une ou plusieurs poussées d'appendicite, la présence d'une inflammation ganglionnaire.

L'appendicite avec adénopathie ne revêt jamais la forme brusque de l'appendicite suraiguë avec perforation d'emblée, ou même de l'appendicite subaiguë avec réaction péritonéale menaçante. Elle présente, le plus souvent, le tableau clinique de l'appendicite subaiguë ou de l'appendicite chronique.

I. — Le début est parfois solennel, le malade était pris brusquement, soit spontanément, soit à

l'occasion d'un effort ou d'un exercice quelconque, de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans tout l'abdomen. Ces douleurs peuvent s'accompagner elles-mêmes de nausées, de vomissements, d'élévation de température, de constipation, et, dans quelques cas, plus rares, d'angoisse.

Mais, au bout de quelques jours, parfois même au bout de quelques heures, tous ces phénomènes perdent leur acuité du début.

La douleur diminue, se réduisant, le plus souvent, à une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite, soit continue, soit intermittente et n'apparaissant, dans certains cas, qu'à la pression ou à l'occasion d'un exercice violent, comme dans l'observation VI. Cette douleur présente son maximum au point de Mac-Burney, mais elle peut atteindre la région rénale, la face interne de la cuisse correspondante, qui reste ordinairement un peu en flexion; enfin, le testicule droit qui, parfois, est remonté comme dans la colique néphrétique...

Les nausées et les vomissements, quand ils existent au début, sont, en général, de courte durée. Ils peuvent, cependant, persister pendant plusieurs jours. Dans un bon nombre de cas, ils font complètement défaut.

La constipation est le plus fréquent et le plus persistant des troubles de l'appareil digestif.

La température varie entre 37° et 39°.

Le pouls est ordinairement petit, rapide, fuyant;

en un mot il est péritonéal, tout au moins lorsque l'affection est à sa période aiguë.

L'état général reste bon, sauf dans les cas de suppuration ganglionnaire.

A l'examen : le ventre est parfois dur et contracté, rendant plus ou moins difficile l'exploration de la fosse iliaque droite. La défense musculaire constituerait même, d'après M. Villar, de Bordeaux, un des meilleurs signes de la réaction ganglionnaire au cours des lésions appendiculaires.

Nous croyons que ce symptôme est loin d'être constant, puisque, dans presque toutes nos observations, les différents auteurs donnent les résultats de la palpation ; tantôt c'est un empâtement léger que l'on sent au niveau de la région cœcale ; tantôt c'est une tumeur de volume variable, douloureuse à la pression, et qui semble constituer un des signes les plus constants de l'adénite péri-appendiculaire.

Cette tumeur, si elle est un peu volumineuse, peut donner de la matité ou, au moins, de la submatité à la percussion.

Nous voyons donc que, dans ces cas, on se trouve, à peu de chose près, en présence de la symptomatologie ordinaire de l'appendicite subaiguë avec formation d'une collection péri-appendiculaire, ou tout au moins, d'une formation abondante de fausses membranes. Aussi, l'adénopathie est-elle ordinairement une trouvaille opératoire.

II. — Dans d'autres cas, la symptomatologie rappelle, à s'y méprendre, celle de l'appendicite à

rechutes. Ce sont même les cas que nous croyons les plus fréquents.

Le malade peut être pris subitement de phénomènes péritonéaux, comme dans les cas précédents, mais, généralement, le début se fait d'une manière plus insidieuse par des douleurs vagues, des troubles digestifs divers, des coliques sourdes semblant venir de la région stomacale et s'irradiant vers la fosse iliaque droite. Spontanément, ou sous l'influence d'une cause quelconque, ces phénomènes peuvent augmenter d'intensité; la douleur, au niveau de la fosse iliaque, devient plus vive et mieux localisée, des vomissements apparaissent bientôt, la température s'élève légèrement, puis ces phénomènes cèdent et tout rentre dans l'ordre.

Cependant la fosse iliaque droite reste toujours un peu sensible à la pression.

De nouvelles crises, semblables à la précédente, se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés, jusqu'au jour où une crise plus forte fait enfin demander l'intervention.

Si on examine ces malades, soit au moment, soit dans l'intervalle des crises, on note, le plus souvent, les signes physiques que nous avons déjà signalés : douleurs à la pression au niveau de la région cœcale, existence d'un empâtement léger ou d'une masse indurée à ce niveau; enfin, dans quelques cas, diminution notable de la sonorité. Tels sont, croyons-nous, les principaux signes qui, lorsqu'ils existent, pourraient permettre de songer à une adénite d'origine appendiculaire.

Diagnostic. — Peut-on, en présence d'une appendicite cliniquement reconnue, diagnostiquer une adénopathie concomittante ? Nous croyons ce diagnostic extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, dans la majorité des cas. Dans les observations que nous citons plus loin, ce diagnostic n'a jamais été fait avant l'intervention et il est probable que cette adénite restera, le plus souvent, une trouvaille opératoire. Il nous semble, cependant que, tout au moins dans quelques cas, si l'attention était attirée sur la possibilité d'une adénite appendiculaire, les chirurgiens, en présence d'un noyau induré, douloureux, siégeant au niveau de la région cœco-appendiculaire et survenant chez un individu ayant eu déjà des poussées antérieures d'appendicite pourraient soupçonner une inflammation des ganglions péri-appendiculaires d'origine cavitaire.

Mais, lorsqu'au cours d'une intervention, on rencontre des ganglions enflammés autour de l'appendice, peut-on (au moins dans ce cas) affirmer qu'on est en présence d'une adénite d'origine appendiculaire ? A la Société de Chirurgie de Paris (1900), Quénu et Gérard-Marchand ont signalé la possibilité d'adénopathies du méso-appendice, sans lésion de l'appendice lui-même. Ils en ont rapporté plusieurs exemples et ont même recherché s'il n'existerait pas quelque signe permettant de distinguer une adénite péri-appendiculaire d'une adénopathie para-appendiculaire.

Nous ne contesterons pas la possibilité de ces adénites, puisque l'anatomie des lymphatiques de

l'appendice nous a appris que l'appareil ganglionnaire de cet organe était en connexion avec les réseaux lymphatiques des organes voisins. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que, dans quelques cas, cette adénite relève de l'infection d'un organe autre que l'appendice, par exemple d'une lésion annexielle chez la femme, (Ferry. Thèse de Paris (1901) ou même d'une infection générale. Nous croyons, cependant, que ces cas sont l'exception. Il est probable, en effet, que plusieurs de ces adénopathies, ne sont, en réalité, que des adénites appendiculaires, les lésions de cet organe pouvant passer inaperçues, si on n'a soin d'en faire l'examen histologique. Si la réaction ganglionnaire a été plus marquée que la réaction appendiculaire, il ne nous semble point qu'on doive s'en étonner, quand on se souvient que des amygdalites de faible intensité donnent parfois des poussées ganglionnaires d'allure dramatique. D'ailleurs, comme le disait Boutier dans sa discussion avec Quénu, si l'inflammation des ganglions de la fosse iliaque était souvent indépendante d'une attaque d'appendicite, pourquoi l'aurait-on signalée uniquement à droite ?

Nous croyons donc que, pratiquement, lorsqu'on rencontre des ganglions enflammés autour de l'appendice, on peut admettre, à quelques exceptions près, qu'il s'agit d'une adénite appendiculaire.

M. Michaux ayant constaté que, dans les cas d'adénite appendiculaire, l'on rencontre toujours dans les ganglions les mêmes espèces microbiennes qui ont été trouvées dans l'appendice au moment de

son ablation, il sera facile de déterminer la nature de cette adénite par l'examen bactériologique des pièces anatomiques.

Pronostic. — La présence de ganglions enflammés dans le méso-appendice ne paraît pas modifier beaucoup, tout au moins dans la majorité des cas, l'évolution de l'appendicite. Il semble, en effet, d'après nos observations qu'à l'inverse des autres adénopathies, celles d'origine amygdalienne, par exemple, l'adénopathie appendiculaire ait relativement peu de tendance à la suppuration. Le centre du ganglion peut, assurément, se ramollir à un moment donné, mais on observe très rarement, au niveau de la région appendiculaire, ces adéno-phlegmons à marche rapide, à allure envahissante que l'on rencontre si fréquemment au cours des amygdalites aiguës.

Complications. — Cependant, il faut savoir que, dans quelques cas, si rares soient-ils, l'adénite d'origine appendiculaire peut être le point de départ de complications graves, si elle arrive à la suppuration.

Jusqu'en 1880, toutes les suppurations de la fosse iliaque droite ont été attribuées à la typhlite et à la pérityphlite et, de 1880 à nos jours, elles ont été considérées comme des complications péritonéales de l'appendicite. Nous admettons volontiers, avec Jalaguier (Traité de Chirurgie Duplay et Reclus) que certains de ces phlegmons sous-péritonéaux ne sont, en somme, que des lymphangites et des péri-lym-

phangites suppurées. « Il est vraisemblable, dit cet auteur, que le ganglion décrit par Clado entre les deux lames du méso-appendice n'est pas étranger à la formation de ces abcès. Je l'ai plusieurs fois trouvé enflammé dans mes opérations de résection de l'appendice ».

D'autre part, nous avons vu plus haut que les ganglions appendiculaires avaient leurs voies efférentes dans les ganglions rétro-cœcaux et méso-coliques d'une part, mésentériques de l'autre. Si l'adénite arrive jusqu'à la suppuration, l'infection pourra, dans certains cas, se propager à distance par l'intermédiaire de ces deux voies.

Le 17 janvier 1900, M. Ricard citait, à la Société de Chirurgie de Paris, l'observation d'un malade à qui on avait enlevé l'appendice dans une opération antérieure. Quelque temps après, les mêmes accidents s'étant reproduits, une nouvelle laparotomie conduisit ce chirurgien sur une chaîne de ganglions infectés remontant de l'appendice vers le foie ; ce qui prouve la progression de l'infection de vers ce viscère, c'est que les ganglions voisins de la région appendiculaire étaient les plus malades. Les deux premiers, considérablement augmentés de volume, contenaient du pus (Obs. IV).

Dans une observation de Rendu (Obs. X), les lésions étaient encore plus avancées. Il existait, au niveau de la région iléo-cœcale, plusieurs ganglions très hypertrophiés et manifestement enflammés. Deux d'entre eux, les plus voisins de l'appendice, étaient abcédés. Le pus de ces ganglions

offrait une couleur noirâtre et une odeur putride identique à celle du foyer appendiculaire. Le foie, augmenté de volume, présentait de nombreux abcès. La veine porte, soigneusement examinée dans son trajet intra-hépatique, ne présentait aucune thrombose, ni rien qui pût faire penser à une pylo-phlébite.

Il nous semble en effet que la propagation des inflammations ganglionnaires s'effectue le plus volontiers vers le foie.

Cependant des complications de cette nature ont été également signalées, du côté du rein par Kirmisson, du côté de la rate par Routier, voire même du côté des organes thoraciques (Piard). Il est incontestable que, parmi les suppurations à distance, abdominale ou thoraciques, qui peuvent compliquer l'appendicite, un certain nombre sont dues à des fusées purulentes ; d'autres ne sauraient être expliquées qu'en invoquant la voie veineuse ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans quelques cas, la voie lymphatique semble avoir été la principale voie suivie par l'infection. Les observations IV et V en font foi.

L'infection des ganglions péri-appendiculaires peut également se propager, du côté des vaisseaux iliaques et du côté du petit bassin, par les anastomoses lymphatiques qui les réunissent entre eux. Ces anastomoses qui, nous semble-t-il, ont été niées à tort par plusieurs auteurs, nous rendent parfaitement compte, ainsi que l'avait déjà démontré Clado des localisations pelviennes de l'appendicite. En somme, l'infection des ganglions péri-appen-

diculaires, peut, en suivant les voies lymphatiques, se propager dans trois directions principales : en haut du côté du foie ; à gauche du côté de la rate et autres viscères abdominaux ; en bas du côté du petit bassin.

Enfin, nous ne ferons que citer, en terminant ce chapitre, la possibilité d'une complication qui doit être tout-à-fait exceptionnelle : c'est l'hémorrhagie. Cependant M. Kirmisson rapporte un cas dans lequel la veine iliaque s'est rompue dans un phlegmon de la fosse iliaque dû à la propagation de l'infection par voie lymphatique.

Traitement. — De tout ce qui précède il découle que l'adénopathie est parfois, dans le courant de l'appendicite, une source de complications nouvelles ; parfois même, alors que l'appendice aura été enlevé dans une intervention antérieure, les ganglions pourront devenir des centres d'infection et des foyers nouveaux de suppuration . Aussi, et c'est la conclusion à laquelle nous voulons arriver, le chirurgien ne doit ni les oublier ni les négliger — dans tous les cas d'appendicite opérés à froid, il faut rechercher les ganglions —. Si ces ganglions sont durs, fermes, de petit volume, sans réaction inflammatoire autour d'eux, et surtout si leur extirpation nécessitait des manœuvres spéciales, plus ou moins dangereuses, à cause des adhérences qu'on risquerait de rompre, il nous semble qu'il faut les respecter.

Mais lorsque ces ganglions adhèrent plus ou moins intimement à l'appendice, forment une masse

facile à extirper en même temps que cet organe, et surtout lorsqu'ils paraissent suspects de suppuration nous croyons qu'il est prudent de les enlever en même temps que le foyer septique, c'est-à-dire l'appendice.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. TIXIER, chirurgien des hôpitaux)

Au mois de janvier 1900, j'eus l'occasion de pratiquer, à la Charité, dans le service de M. Nové-Josserand, une appendicectomie chez un jeune garçon de quatorze ans, très vigoureux pour son âge, qui présentait, depuis trois jours, des signes manifestes d'appendicite aiguë : douleurs dans la fosse iliaque droite, légère réaction péritonéale, vomissements, langue saburrale, fièvre modérée.

A la palpation on sentait, dans la fosse iliaque droite, un noyau induré ayant environ le volume d'une grosse figue, très douloureux à la pression.

Je me décidai à intervenir et je chloroformisai le jeune malade.

A l'ouverture du ventre, je trouvai un peu de liquide louche dans le péritoine, dont la réaction inflammatoire avait amené des adhérences cloisonnantes, autour d'un appendice turgescent et tendu.

Celui-ci fut enlevé ; les suites opératoires furent normales et la guérison rapide.

A l'examen de la pièce, je fus frappé de voir, dans l'épaisseur du méso-appendice, une série de petites masses dures,

arrondies et résistantes au doigt. Elles étaient au nombre de huit. Je crus d'abord qu'il s'agissait de simples pelotons adipeux, comme on en rencontre souvent dans le mésentère et les différents mésos. Mais, à un examen plus minutieux et à la coupe, je vis bien que j'avais affaire à des ganglions lymphatiques enflammés. C'étaient ces ganglions, plus que l'appendice, qui avaient donné cette sensation de masse dure perçue à la palpation dans la fosse iliaque. Ces ganglions étaient au nombre de huit, enchassés dans un méso-appendice volumineux et infiltré.

OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VALLAS.)

APPENDICITE A RÉPÉTITION. — POLY-ADÉNITE PÉRI-APPENDICULAIRE.

B..., Paul, 16 ans, mécanicien.

En un an, le malade a présenté trois poussées de coliques appendiculaires qui ont duré quatre ou cinq jours chacune.

Le 19 février 1900, une nouvelle crise s'est déclarée.

Elle persiste encore au moment de l'entrée à l'hôpital (22 février), mais d'une façon très atténuée.

La température est normale.

A l'examen, on trouve, au niveau, du cœcum un empâtement très léger.

Opération le 26 février. — Laparotomie. L'appendice est trouvé très facilement. Pas d'abcès, ni d'adhérences étendues.

L'appendice est lié, réséqué à sa base, et la surface muqueuse du moignon est touchée au thermocautère.

Au voisinage des fossettes iléo-cœcales, on aperçoit une pléiade ganglionnaire composée de cinq ou six ganglions faisant saillie vers la séreuse.

Ces ganglions sont durs, très mobiles et n'ont déterminé autour d'eux aucun travail inflammatoire. C'est à peine si, à

leur niveau, on aperçoit, sous le péritoine, quelques vaisseaux légèrement congestionnés.

Avec une sonde cannelée, le péritoine est dilacéré et, à travers cette boutonnière, deux ganglions sont extirpés pour être soumis à l'examen bactériologique.

Le 15 mars, le malade est guéri. Il ne souffre plus. La plaie est réunie par première intention.

Examen bactériologique des ganglions. — L'examen direct ne contenait aucun bacille. L'ensemencement en bouillon n'a donné qu'une culture de staphylocoques blancs. Ce microbe était probablement dû aux manipulations d'ensemencement, toujours délicates, pour une pièce petite, étant donné qu'on ne voyait aucun microbe sur la préparation directe ».

OBSERVATION III

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VALLAS).

APPENDICITE. — GANGLIONS PÉRI-APPENDICULAIRES.

Jeune homme de 17 ans, ayant présenté deux attaques d'appendicite, sans suppuration.

La résection à froid est proposée à la famille qui l'accepte.

Opération. — On ne trouve ni abcès, ni fortes adhérences, mais simplement quelques légers tractus filamenteux entre l'épiploon et la région appendiculaire.

L'appendice est très long et mesure 10 centimètres environ. Il est situé en arrière du cœcum. Son isolement est un peu difficile ; on arrive, cependant, à placer une ligature à sa base et à le réséquer.

Thermo-cautérisation de la surface muqueuse.

Sous le péritoine mésentérique qui avoisine l'angle iléo-cœcal on aperçoit alors une pléiade ganglionnaire composée de sept ou de huit ganglions durs, mobiles, sans adhérences entre eux ni avec les parties voisines. Pas de trace de phénomènes inflammatoires autour d'eux.

Un de ces ganglions est extrait pour être envoyé au laboratoire de bactériologie.

Au bout de quinze jours, le jeune homme a pu rentrer chez lui.

La réponse du laboratoire de bactériologie a été la suivante ;

« Le ganglion a fourni une culture absolument caractéristique du coli bacille ».

OBSERVATION IV

(De M. RICARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, page 68.)

Il s'agit d'un malade, opéré d'urgence dans mon service, par M. Beurnier, pour une appendicite avec 38°5 et des accidents de subictère.

A la suite de l'intervention, il sortit de mon service, guéri en apparence, mais rentra bientôt, chez Nélaton, avec les mêmes accidents de subictère. Nélaton ne l'opéra pas et il revint alors chez moi ; je l'envoyai chez Mathieu qui me le renvoya, disant que l'appendice n'avait pas du être enlevé.

Je l'opérai, ayant eu la main forcée par des accidents très graves, bien que, d'après mes renseignements, l'appendice dût avoir été certainement enlevé.

Je trouvai une chaîne ganglionnaire infectée, remontant de son appendice vers le foie ; les deux premiers ganglions étaient augmentés de volume et contenaient du pus. J'extirpai quatre ou cinq ganglions.

Il est probable que les accidents étaient dus à la présence de ces ganglions, infectés lors de la première crise d'appendicite. Le malade est en bonne voie de guérison au huitième jour ; dès le lendemain la température était revenue à la normale.

OBSERVATION V

(inédiée, due à l'obligeance de M. HASSLER, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux).

APPENDICITE DE RECHUTES. — POLY-ADÉNITE PÉRI APPENDICULAIRE.

P. G. ..., soldat au 53^e régiment d'infanterie à Tarbes, depuis le 10 novembre 1899. Entre à l'hôpital le 2 mai 1900, convalescent d'une deuxième atteinte d'appendicite et demandant l'intervention.

Antécédents personnels. — Coliques saturnines en septembre 1897 (Le malade exerçait alors la profession de peintre).

Les deux premières crises d'appendicite, assez violentes, ont présenté les symptômes classiques et se sont résolues par le traitement médical.

La 1^{re} *atteinte* a eu lieu en septembre 1899.

La 2^e *atteinte* en mars 1900.

Toutefois, le diagnostic d'appendicite fut toujours un peu hésitant, à cause de la profession du malade et des symptômes très nets de saturnisme qu'il a présentés, notamment le liseré caractéristique qui persistait encore à son entrée à l'hôpital militaire de Bordeaux (2 mai 1900).

A cette date, l'état général est bon, mais le malade ne peut faire aucun exercice violent, sans ressentir dans la fosse iliaque droite de fortes douleurs. La palpation, à ce niveau, est très douloureuse, surtout au point de Mac-Burney. La défense musculaire est très énergique. Quand le malade peut tolérer la palpation profonde, on sent très vaguement dans la région appendiculaire, une masse indurée qui semble plus allongée que large, et l'on aperçoit, dans toute la fosse iliaque droite, un gargouillement très manifeste.

Après un mois et demi d'observation, l'état actuel ne s'étant

123 4139 27

pas modifié par l'antisepsie intestinale, l'intervention est décidée.

Opération (22 juin 1900). — Toilette minutieuse du champ opératoire. Anesthésie au chloroforme. Incision de Roux. Dissection d'adhérences nombreuses entre le péritoine et l'épiploon. Mise à nu du cœcum recouvert d'une masse d'épiploon chroniquement enflammé et extraordinairement hypertrophiée, dans laquelle l'appendice lui-même disparaît entièrement. Résection d'environ 250 grammes d'épiploon, très adipeux et farci de petits ganglions rougeâtres du volume d'un haricot. Section du méso-appendice et de l'appendice. Attouchement au thermo-cautère et ligatures au catgut. Réfection de la paroi abdominale par la suture étagée sans drainage. Enfin application d'un pansement à la gaze iodoformée et fortement compressif.

Les suites opératoires ont été relativement simples, bien que, six jours après l'intervention, il ait été nécessaire de désunir la suture cutanée, qui était complètement réunie par première intention, pour évacuer un petit foyer purulent et introduire un drain jusqu'au niveau du moignon de l'épiploon réséqué.

Il est probable qu'un des ganglions signalés plus haut aura été méconnu et aura été la cause de cet accident.

Le 28 août. — La guérison est complète ; le malade est autorisé à se lever quelques instants chaque jour.

Le 15 septembre. — L'état de la paroi abdominale est aussi satisfaisant que possible.

Le 20 septembre. — Le malade quitte l'hôpital pour un congé de convalescence de deux mois.

Anatomie pathologique. — L'appendice et le cœcum étaient étroitement unis.

La masse épiploïque qui les recouvrait mesurait environ trois centimètres d'épaisseur et était parsemée d'une vingtaine de ganglions.

Plusieurs de ces ganglions, sectionnés, présentaient une vascularisation très prononcée, mais aucune trace de suppuration.

L'appendice lui-même, gras et allongé, adhérait de toute

part à l'épiploon et se terminait en massue. Il mesurait environ deux centimètres de diamètre et contenait une certaine quantité (10 grammes environ) de pus fétide, bien lié, mais sans coprolithes, ni corps étrangers. Le bout cœcal de l'appendice était devenu presque imperméable et était transformé en un cordon fibreux, long de deux centimètres à peine.

OBSERVATION VI

(Inédite, de M. HASSLER, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux).

APPENDICITE A RECHUTES. — ADÉNITE PARA-APPENDICULAIRE

B. E..., soldat au 14^e régiment d'artillerie, en garnison à Bayonne, en convalescence d'appendicite à Bordeaux, a eu une deuxième atteinte chez ses parents, et entre, le 31 mars 1899, à l'hôpital militaire de Bordeaux, demandant à être opéré.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents.

1^{re} atteinte. — Le 12 janvier 1899, à l'hôpital de Bayonne. Traitée médicalement.

2^e atteinte. — Le 30 mars 1899.

Le malade qui, à son entrée à l'hôpital militaire de Bordeaux présente les symptômes classiques mais subaigus de l'appendicite, est traité par la glace et l'opium.

La température, l'état du pouls, l'évolution de l'affection soigneusement surveillée, matin et soir, permettent d'attendre l'intervention à froid.

3^e atteinte. — Celle-ci devait être pratiquée le 10 mai, lorsque, l'avant-veille, à la suite de jeux et de sauts dans les jardins de l'hôpital, une 3^e atteinte subaiguë se manifeste.

Elle est combattue par la même expectation armée.

Le 30 mai, cette 3^e atteinte paraît suffisamment résolue, pour qu'on puisse procéder à l'opération à froid.

Opération. — Le 1^{er} juin. — Le ventre ouvert, on constate que l'appendice et le cœcum adhèrent très intimement à l'épi-

ploon. Les adhérences sont telles qu'il est impossible de libérer totalement l'épiploon; 30 grammes d'épiploon sont réséqués avec l'appendice. Le cœcum est complètement libéré et le ventre est refermé par une suture à quatre étages. Pas de drainage.

Suites des plus simples. Le 28 juin, le malade, pourvu d'un pansement compressif, est autorisé à se lever et il sort de l'hôpital le 12 juillet, partant en congé de convalescence pour trois mois.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît recourbé en crosse à son extrémité inférieure. La portion rectiligne, qui mesure huit centimètres environ, est parfaitement perméable. Pas de cavité close, pas de renflement moniliforme, pas de corps étrangers. La portion recourbée est dure, résistante. Une dissection, faite avec soin, permet de séparer l'appendice intégralement et montre que la portion recourbée de la crosse est constituée par un ganglion lymphatique, perdu dans du tissu fibreux de formation ancienne et fortement accolé par ce même tissu fibreux, contre le cul-de-sac terminal de l'appendice.

Le ganglion sectionné présente, à son centre, un noyau jaunâtre, d'apparence calcaire, criant sous le couteau.

La pièce destinée à l'examen histologique a été malheureusement égarée.

Dans les fanges épiploïques adhérentes au cul-de-sac de l'appendice, on a trouvé deux ganglions hypertrophiés.

Réflexions. — Les deux dernières atteintes n'étaient donc pas, à proprement parler, des appendicites, mais une adénite réveillée du ganglion qui se trouvait primitivement dans le méso-appendice.

Cette adénite para-appendiculaire est due vraisemblablement à l'infection provenant de la 1^{re} atteinte d'appendicite.

Les deux réveils successifs, dans l'espace de trois mois, à la suite de la reprise de la vie ordinaire; les symptômes locaux et généraux qui les accompagnaient; les adhérences épiploïques et péritonéales sont une nouvelle et intéressante démonstration de la nécessité de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION VII

(VILLAR. — *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1900).

L..., Félix, âgé de 11 ans et demi.

Pas de constipation habituelle.

Dimanche dernier, 18 juin, vers deux heures de l'après-midi, en se baissant pour ramasser un livre, il éprouva dans le côté droit de l'abdomen une vive douleur qui ne tarda pas à se propager au reste du ventre. A sept heures du soir, deux vomissements. La nuit du dimanche au lundi fut mauvaise.

Le lundi, le malade est vu par M. le Dr Mongour qui ne trouve rien d'alarmant. La journée est assez bonne. Les symptômes s'amendent encore le mardi et le mercredi, cependant l'enfant souffre un peu de temps à autre ; c'est plutôt une gêne passagère que de la véritable douleur.

Je suis appelé par M. Mongour, dans l'après-midi de mercredi, et je constate ce qui suit : état général parfait, le ventre n'est pas ballonné, le côté gauche est souple. La pression de la fosse iliaque gauche retentit désagréablement à droite. De ce côté, il y a de la douleur à la pression et de la défense musculaire qu'on arrive d'ailleurs à vaincre assez facilement. On ne sent ni tumeur, ni tuméfaction ; en cherchant bien, en insistant, on parvient à sentir vaguement quelque chose d'arrondi, mais cette sensation est bien confuse. A vrai dire, on ne sentait rien. Je confirme le diagnostic d'appendicite, porté M. Mongour, et je conseille l'opération qui est acceptée par la famille. Je remis l'intervention au vendredi matin. D'ailleurs, il n'y avait aucune urgence. En effet, le jeune malade, dans la journée du jeudi, voulait se lever et manger comme d'habitude, il ne souffrait plus et la douleur à la pression était presque nulle.

Opération. — Incision latérale. Pas de pus. Le ventre ouvert, je tombe sur une masse dure en chapelet et je me demandai

tout d'abord si c'étaient des calculs renfermés dans l'appendice. Mais, en tirant légèrement sur le cœcum, je reconnus aussitôt le véritable appendice que je réséquai au thermocautère après ligature à la soie.

La petite masse que j'avais sentie était constituée par des ganglions du volume d'un noyau de cerise. J'en extirpai deux qui étaient accolés au cœcum, et l'un à la base de l'appendice.

La face externe du cœcum était congestionnée et un peu tomenteuse.

N'ayant pas trouvé de pus, je refermai complètement l'incision abdominale par deux plans de suture.

L'appendice était très long et congestionné. Il contenait un liquide purulent dans son intérieur. Son méso était légèrement œdématié.

OBSERVATION VIII

(M. GÉRARD - MARCHAND. — *Société de Chirurgie*, 30 janvier 1900).

Le 14 novembre dernier j'opérai une jeune fille qui m'avait été confiée par M. Porest de Faye. Cette jeune fille avait, depuis cinq ou six ans, de loin en loin, tous les deux ou trois mois environ, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, sans vomissements, qui se calmait par un repos de quelques heures.

Dans l'intervalle de ces petites crises, aucune souffrance appréciable.

La *première grande crise* eut lieu en juillet 1899. Fièvre vive, vomissements pendant quatre jours, avec douleur violente au point d'élection. Cette crise dura quinze jours et céda à la glace, à l'opium et à la diète absolue. Néanmoins, la malade garda toujours une sensation douloureuse dans la fosse iliaque.

La *deuxième grande crise* eut lieu le 2 novembre. Pendant la nuit, douleur violente s'accompagnant de nausées, de lipothymies, d'angoisse extrême, sans fièvre cette fois.

C'est dix jours après cette seconde atteinte que je fus appelé

à voir la malade et que je constatais une tuméfaction bien nette dans la région cœcale. Je pensai à une appendicite et lorsque, le 14 novembre 1899, *j'opérai* cette malade, je fus surpris de trouver un appendice qui paraissait sain, mais, sur le cœcum, en pleine face antérieure, se rapprochant cependant de son bord externe, un gros ganglion. Mais celui-ci était suppuré, prêt à s'ouvrir et ayant contracté avec la paroi cœcale des adhérences telles que je renonçai à l'extirpation ; je traitai cette adénite suppurée par l'ouverture, le grattage, la thermocautérisation, puis j'isolai ce foyer septique de la grande cavité péritonéale, par une suture cœcale, de la lèvre interne de l'incision du péritoine.

La malade est entièrement rétablie.

Quelles étaient les lésions de l'appendice ?

Voici la note que m'a remise mon chef de laboratoire de l'hôpital Boucicault, M. le docteur Blanc : « Appendicite pariétale sans trace aucune de lésions tuberculeuses. L'appendice enlevé, à l'examen macroscopique, paraît à peu près normal. Il est du volume d'un crayon, légèrement congestionné, et on aperçoit à sa surface de fins réseaux correspondant à des arborisations vasculaires, indices de congestion. Pas de dilatation, ni de rétrécissement.

« Sur les coupes, on rencontre les lésions d'une appendicite pariétale légère : épaissement des couches, infiltration prédominant au niveau de la muqueuse hypertrophiée et du tissu réticulé sous-muqueux. On aperçoit de nombreux leucocytes soit autour des follicules qui sont augmentés de volume et pénétrés eux-mêmes par les lymphocytes.

« L'infiltration a gagné aussi les espaces interglandulaires, mais les glandes sont peu atteintes.

« A cause des antécédents de la jeune malade, qui avait une sœur atteinte de coxalgie et un frère bacillaire pulmonaire, et d'un ganglion suspect rencontré au cours de l'opération, on pouvait soupçonner la tuberculose. Rien dans les lésions de l'appendice ne permet de songer à la bacillose et les lésions inflammatoires sont des lésions d'inflammation simple.

« En résumé, appendicite subaiguë, pariétale, tout à fait au début, caractérisée par de la folliculite et de la péri-folliculite ».

OBSERVATION IX

(M. GÉRARD-MARCHAND.— *Société de Chirurgie*, 30 janvier 1900.)

Une enfant de 12 ans m'avait été adressée, par le Dr Marciguey, pour une appendicite.

La première crise éclata le 4 avril 1899 et se caractérisa par des douleurs dans le flanc gauche, puis dans le côté droit au niveau du cœcum. Pas de fièvre, pas de vomissements, mais, des douleurs vives, constantes, persistantes, de l'amaigrissement rapide, symptômes qui nous décidèrent à proposer une laparotomie exploratrice.

L'opération révéla l'intégrité apparente de l'appendice, qui fut cependant réséqué, mais, il y avait une infinité de petits ganglions hyperplasiés, indurés, qui n'étaient pas seulement limités au cœcum, mais existaient sur le méso-appendice, le grand épiploon, le feuillet droit du mésentère.

Je me hâtai de refermer le ventre, sans toucher à aucun de ces ganglions, me réservant de donner ultérieurement un traitement général qui, d'ailleurs, a fait merveille.

L'examen de l'appendice réséqué, fait par le Dr Blanc, m'a révélé « que des lésions peu accusées, à peine une légère inflammation folliculaire très localisée, insuffisante, semble-t-il, étant donné l'intégrité du tissu conjonctif péri-folliculaire, des glandes et du péritoine, pour expliquer le syndrome présenté par la malade ».

OBSERVATION X

(Résumée)

(De M. RENDU. — *Clinique Médicale*, 1890, t. II, p. 127.)

Marthe D..., âgée de 20 ans, d'une excellente santé antérieure, est amenée à l'hôpital, le 5 février, pour une maladie aiguë de dix jours.

L'affection a débuté, d'une manière obscure, par un violent mal de gorge, de la courbature générale et un état fébrile. Les jours suivants, les symptômes généraux s'accusent de plus en plus, l'abattement est extrême; la malade est prostrée et somnolente; elle se plaint de céphalée et de douleurs lombaires; le ventre est tendu et douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. On fait le diagnostic de fièvre typhoïde, bien que le tableau clinique de cette affection ne soit pas au complet (pas d'éruption, rien aux poumons, diarrhée; n'avait pas la couleur ocreuse spéciale à la dothiènement-térie).

Bientôt, apparition, sur les lèvres, d'une éruption d'herpès.

Trois jours après, sans cause provocatrice appréciable, la malade est prise d'un violent frisson avec claquement des dents, suivi d'une hyperthermie considérable, 40°5. Les traits sont altérés, les lèvres cyanosées et le pouls imperceptible. A cette crise succède une transpiration profuse avec abaissement de la température au-dessous de 37°.

Les jours suivants, ces mêmes crises s'étant renouvelées plusieurs fois, on fait le diagnostic de pyohémie, mais rien, dans l'examen des organes, ne permet de soupçonner en quelle région se produit ce foyer septique.

Comme traitement on fait prendre à la malade 1 gr. de sulfate de quinine par jour et, tous les deux jours, 20 centigr. de calomel à doses fractionnées; comme régime, exclusivement du lait; comme boisson, des grogs légers.

Malgré ce traitement, les symptômes de l'infection purulente continuent à se manifester. Le 15 février, le ventre devient ballonné et douloureux et, 48 heures plus tard, les signes d'une péritonite subaiguë ne sont pas douteux: ventre distendu, nausées, vomissements, pouls petit, respiration anxieuse, faciès péritonéal. Mort le 18 février.

A l'autopsie, on trouva les intestins baignant dans une sérosité purulente grisâtre; le péritoine était médiocrement injecté et les intestins avaient gardé une pâleur insolite.

Le maximum des lésions siégeait au niveau de la région cœco-appendiculaire. Au dessous et en arrière du cœcum, vers le point d'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin, se voyait un abcès anfractueux, de la grosseur d'un œuf de

poute à peine, qui s'était creusé une loge dans le psoas. Les parois de cet abcès étaient noirâtres et gangrénées; son contenu était constitué par une sanie grisâtre d'odeur putride. L'appendice était représenté par une sorte de diverticule d'un centimètre de longueur qui émergeait latéralement de la paroi de cet abcès. Le cœcum ne présentait aucune communication apparente avec l'abcès.

Outre cette lésion principale, on en trouva d'autres en rapport avec la diffusion et le transport à distance des produits septiques nés de ce foyer.

Les ganglions mésentériques correspondant à la région iléo-cœcale étaient énormes et manifestement enflammés. Plusieurs atteignaient les dimensions d'un œuf, ils étaient rouges, durs et injectés. La plupart avaient gardé leur consistance; deux d'entre eux, cependant, étaient le siège d'un ramollissement central et leur parenchyme était abcédé. Le pus de ces abcès offrait une odeur putride identique de celle du foyer gangréneux appendiculaire.

Le foie, augmenté de volume, présentait un nombre considérable d'abcès,

La veine porte, soigneusement examinée dans son trajet intra-hépatique, a été trouvée absolument saine. Cette recherche n'a, malheureusement, pas été poursuivie au niveau des veines mésentériques voisines de l'ulcération et « je ne pourrais affirmer, dit Rendu, qu'il y ait eu de la pyléphlébite radriculaire ».

OBSERVATION XV

(Thèse de FERRY, Paris 1900.)

APPENDICITE CHRONIQUE AVEC GANGLION SUPPURÉ DU MÉSO

Rose M..., 23 ans, infirmière.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} avril 1900, sortie le 5 mai. Toujours bien portante jusqu'en 1897. Elle est entrée, alors, au mois d'octobre, dans le service de M. Bouilly; elle avait des pertes blanches-jaunâtres et des douleurs abdominales très vives; on

diagnostiqua une métrite avec salpingite double, surtout marquée à gauche, et pelvi-péritonite.

On l'opère : incision dans le cul-de-sac postérieur, on place deux drains qui sont laissés à demeure pendant une quinzaine de jours; la malade quitte l'hôpital bien améliorée, mais toujours avec beaucoup de pertes blanches, pour lesquelles on lui donne des injections et du repos. Ses pertes ne cessant pas, elle rentre de nouveau dans le service de M. Bouilly, le 16 décembre. On lui fait un curettage et un drainage de la cavité utérine. A l'examen, on constate toujours l'existence d'une salpingite double avec grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche. La malade sort de l'hôpital et, pendant plusieurs mois, peut reprendre son travail.

Poussée salpingienne en 1898; soignée d'abord médicalement (glace, repos), les douleurs se calment un peu et on procède, le 16 octobre 1898, à l'hystérectomie vaginale. La malade sort guérie.

1^{re} crise d'appendicite (novembre 1899). — Au milieu d'un état de santé satisfaisant, la malade ressent des douleurs abdominales sourdes, affectant le type gastrique, douleurs au niveau de l'estomac, avec irradiations vers la fosse iliaque droite; ces douleurs s'accompagnent de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Cet état ne dure que quelques jours; la malade se rétablit peu à peu, conservant toujours un peu d'endolorissement de la fosse iliaque droite; parfois, elle a des crises un peu plus douloureuses, sous forme de coliques.

2^e crise (le 24 mars 1900). — Elle ressent de vives douleurs abdominales; des vomissements se produisent; douleurs et vomissements sont d'abord assez peu marqués, puis augmentent peu à peu d'intensité pour arriver à leur maximum le 30 et 31 mars. La malade entre dans le service le 1^{er} avril.

La crise aiguë est déjà passée. La fosse iliaque droite est endolorie; le point de Mac-Burney est particulièrement sensible, surtout à la pression. Il y a quelques vomissements. La température varie entre 38°5 et 39°.

Repos absolu et glace sur le ventre.

Opération (le 10 avril). — Sous le chloroforme, la paroi

abdominale étant relâchée, on sent une petite tumeur dans la fosse iliaque droite.

L'incision est faite sur le bord du muscle droit; incision du péritoine. On ne trouve ni pus, ni adhérences, on tombe immédiatement sur l'appendice, qui est légèrement augmenté de volume et un peu rouge, sans traces d'adhérences marquant un travail inflammatoire péri-appendiculaire. Ablation de l'appendice. En explorant son méso, on trouve un ganglion enflammé du volume d'une petite noix; il contient du pus; ablation et drainage. Le drainage à la gaze iodoformée est retiré au bout de 48 heures.

Le 12 avril. — Etat de la plaie excellent.

Le 16 avril. — La malade, sans qu'on puisse en trouver la cause, a 38° et 39°.

Le 20 avril. — Même température; malgré cela, état général excellent.

Le 30 avril. — La malade est à peu près rétablie, la plaie est cicatrisée.

Le 5 mai. — Elle sort guérie.

OBSERVATION XII

(M. WALTHER). — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, page 254, 1900.

Une femme de 39 ans, très nerveuse, très intelligente, surmenée par un travail intellectuel excessif, souffrait, depuis l'âge de 24 ans, de troubles gastriques, douleurs épigastriques, sensation de brûlure, perte d'appétit, etc. Elle fut soignée pour une dilatation d'estomac et, sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, les accidents s'amendèrent sans disparaître complètement.

Mariée à 37 ans, elle eut un enfant bien portant.

A 37 ans, à la suite de contrariétés, perte de sommeil, douleurs de tête très violentes, quelques crises de nerfs sans perte de connaissance, mais surtout état nerveux très accentué avec

surexcitation cérébrale continue ; on la traita par les douches, les toniques, la viande crue.

Les troubles digestifs s'accrochèrent encore pendant cette crise et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion : douleurs épigastriques, douleurs abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominant à droite, parfois même dans la fosse iliaque.

C'est dans ces conditions que je vis la malade et je fus tout d'abord frappé par son teint terreux très accentué, par une intolérance pour certains aliments, pour la viande rouge notamment, par un maximum de douleur à la pression dans la région cœcale, avec un retentissement très net au creux épigastrique.

Après une observation prolongée plus d'un mois, je n'hésitais pas à attribuer à l'appendicite chronique tous ces troubles jusque-là mis sur le compte de l'état nerveux grave.

J'opérai cette malade, dans mon service, le 25 juillet 1899. Je trouvai un appendice long de 11 centimètres et demi, coudé par des brides péritonéales ; dans le méso, tout contre l'appendice, un ganglion du volume d'un pois.

L'appendice présentait, à la coupe, un piqueté hémorragique très abondant à sa partie moyenne et une folliculite en pleine évolution, sans aucune ulcération de la muqueuse.

Mais, c'est là le fait sur lequel j'appelle votre attention, le contenu de l'appendice, examiné par un collègue, M. Vidal, contenait du coli-bacille et du streptocoque et une parcelle, prise au centre amolli du ganglion, cultivée sur gélose, a donné du coli-bacille et du streptocoque.

Je dois ajouter que j'ai revu, il y a quelque temps, cette malade ; bien qu'elle soit toujours aussi nerveuse, elle digère bien, n'a plus de douleurs dans le ventre et a repris des forces.

OBSERVATION XIII

(Thèse de CHEVALIER, Paris, 1900.)

Le 27 février 1900 entrant, dans le service de M. le professeur agrégé Walther, le jeune R. J..., âgé de 18 ans, qui se présentait dans les conditions suivantes :

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de bronchite chronique.

Père arthritique.

Sœur dyspeptique.

Antécédents personnels. — Rougeole, dans son enfance.

A partir de 10 à 12 ans, le malade est sujet à des crises très répétées, caractérisées par des maux de tête, des vomissements bilieux et de la constipation.

En novembre 1900, il entre dans un régiment de ligne en province.

Le 25 décembre 1900, il est pris de diarrhée et de malaises abdominaux sans vomissements. Cet état est qualifié d'indigestion, puis tout se dissipe.

Le 8 janvier, à la suite d'une ingestion de haricots, il est repris, dans la nuit, de malaises, de coliques, sans vomissements, mais avec une douleur très marquée à l'aîne droite. Cet état dure huit jours.

Le 22 janvier, une nouvelle crise se déclare avec les mêmes symptômes, mais elle dure plus longtemps que les crises précédentes.

Opération. — Le 7 mai, le malade est endormi à l'éther, puis mis sur le plan incliné du lit de Trandelemburg, M. Walther fait l'incision de Roux, mais un peu plus bas que l'incision habituelle.

L'appendice est descendant interne; il est dans le petit bassin, il est libre (circonstance qu'on n'osait espérer) et présente une portion atrophiée, longue de un centimètre et demi qui le sépare en deux portions distinctes.

Dans le méso-appendice il existe un petit foyer jaune, gros comme un pois.

Les parties avoisinantes sont rougeâtres, saignantes, d'aspect inflammatoire.

Trois ligatures au catgut sont placées sur le méso. On prend des précautions pour éviter que le liquide infecté du méso n'infecte le voisinage, puis on enlève ensemble l'abcès et l'appendice.

OBSERVATION XIV

(Thèse de FERRY, Paris 1901.)

Mme M... âgée de 39 ans.

Entrée le 7 mai. Sortie le 2 juin 1900.

Le 4 mars, la malade est prise de douleurs abdominales et de nausées donnant l'impression d'un début d'appendicite; le ventre se ballonne, les douleurs, localisées à droite, reviennent par crises... Ces crises durent quelques minutes et laissent ensuite la malade en repos. La malade éprouve quelques nausées, mais pas de vomissements.

Il y a constipation.

Cet état dure quelques jours et la malade prolonge son repos au lit pendant tout un mois.

A l'examen on constate une tumeur dans la fosse iliaque droite et la pression détermine une douleur vers le milieu de la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Opérée le 14 mai. — Sous le chloroforme on sent très nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale on sent une tumeur dure englobant le cœcum et la partie inférieure de l'intestin grêle, faisant penser tout d'abord à un néoplasme de la valvule iléo-cœcale. On trouve une masse ganglionnaire dans l'angle formé par le cœcum et l'iléon. On l'enlève. On ne trouve pas d'appendice.

Sortie, guérie, le 2 juin 1900.

CONCLUSIONS

I. — Des vaisseaux lymphatiques nombreux partent de l'appendice qu'on a comparé à l'amygdale et qui, comme elle, est un organe essentiellement adénoïde.

II. — Ces vaisseaux se rendent à des ganglions en nombre et en siège variables, formant, au niveau de la région cœco-appendiculaire, trois groupes principaux.

1° Un groupe iléo-appendiculaire, siégeant au niveau de la base du méso-appendice, à l'endroit où ce méso se continue avec la fin du mésentère.

2° Un groupe cœco-appendiculaire situé dans l'angle que forme l'appendice avec le bord interne du cœcum.

3° Enfin, un groupe méso-appendiculaire constitué par les ganglions disséminés dans l'épaisseur du méso.

III. — Ces ganglions sont susceptibles de s'enflammer dans les diverses lésions de l'appendice, mais surtout dans les appendicites subaiguës, par un mécanisme qui leur est commun avec les autres adénopathies des voies digestives.

IV. — L'anatomie pathologique de ces adénites ne présente rien de bien particulier.

V. — La symptomatologie en est très obscure. Cependant, lorsque, chez un sujet, après une ou plusieurs crises d'appendicite, on sent, à travers la paroi abdominale au niveau de la forme iliaque droite, une *tumeur* d'un certain volume, arrondie, irrégulière, non fluctuante, *douloureuse à la pression*, on a le droit de penser à une adénopathie péri-appendiculaire.

VI. — Le diagnostic de la nature de cette adénite ne saurait être fait qu'après l'intervention et, parfois, après l'examen macroscopique et microscopique de l'appendice et d'un ou plusieurs ganglions enflammés.

VII. — L'infection peut ne pas rester localisée aux ganglions péri-appendiculaires et gagner, par l'intermédiaire de cette voie, les organes qui sont en connexion lymphatique avec l'appendice, surtout le foie, le rein, le petit bassin et même la rate.

VIII. — Il importe de rechercher les ganglions. Toutes les fois qu'on pratique une appendicectomie

à froid, si ces ganglions sont durs, mobiles sans réaction inflammatoire autour d'eux il faut les respecter, mais s'ils sont plus ou moins suspects de suppuration, il est prudent de les extirper en même temps que l'appendice.

VU :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 16 avril 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- CLADO. — Appendice cœcal (mémoire de la Société de Biologie, 1892).
- LAFFORGUE. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du cœcum (*Journal International d'Anatomie et de Physiologie*, 1893).
- ROGIE. — Sur l'anatomie normale et pathologique de l'appendice iléo-cœcal (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1893).
- JONNESCO et JUVARA. — Anatomie du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal (*Bulletin de la Société anatomique*, 1894). — Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire et de la fossette iléo-appendiculaire (*Progrès médical*, 1895).
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- TREVES. — Anatomy of the intestinal canal and perit. London, 1885 (*Brit. med. Journal*, 1887-1890).
- RENAUT. — Traité d'Histologie.
- LOCKWOOD. — *Journal of Anatomy and Physiology*, 1900.
- TIXIER et VIANNAY. — Note sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cœcal (*Lyon Médical*, 1901).
- DURAND. — *Progrès Médical*, 1895.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie.
- JONNESCO. — Traité d'Anatomie, publié sous la direction de Poirier.
- LEGUEU. — Monographies cliniques. Appendicite.

MONOD et VANVERTI. — Appendicite (Encyclopédie des aide-mémoire).

PIARD. — *Archives générales de médecine*, 1896.

Traité de Chirurgie : Duplay et Reclus, Delbet et Le Dentu.

TRIPPIER et PAVIOT. — L'appendicite par infection générale (*Semaine Médicale*, mars 1899).

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie (Paris 1900).

Gazette Médicale de Bordeaux (1900).

RICARD. — *Gazette des Hôpitaux* (1871).

MARIAGE. — Thèse de Paris, 1891.

CHOIGNON. — Thèse de Lyon, 1894.

GRANDSIRE. — Thèse de Paris, 1895.

BERTHELIN. — Thèse de Paris, 1895.

DORMOY. — Thèse de Lyon, 1897.

LAVABRE. — Thèse de Lyon, 1897.

BARNSBY. — Thèse de Paris, 1898.

CHEVALIER. — Thèse de Paris, 1900.

FERRY. — Thèse de Paris, 1901.

VIANNAY. — Actinomyose cœco-appendiculaire (*Province médicale*, 1897, p. 261).

